

**FSCII**  
Fédération canadienne  
des syndicats  
d'infirmières et d'infirmiers

[www.fcsii.ca](http://www.fcsii.ca)  
[info@nursesunion.ca](mailto:info@nursesunion.ca)

2841, chemin Riverside  
Ottawa (Ontario) K1V 8X7

Tél. : 613-526-4661  
Télec. : 613-526-1023

1-800-321-9821

Mémoire présenté au Comité permanent des finances  
de la Chambre des communes concernant les consultations prébudgétaires

Linda Silas, présidente  
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

12 août 2011

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) représente plus de 176 000 infirmières et infirmiers et étudiants et étudiantes en sciences infirmières. Nos membres travaillent dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les centres de soins de santé communautaires et les résidences privées. La FCSII s'adresse à tous les ordres de gouvernement, aux autres intéressés dans le domaine des soins de santé et au public concernant les options stratégiques fondées sur des preuves pour améliorer les soins aux malades, les conditions de travail et le système de soins de santé du Canada.

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers  
2841, chemin Riverside  
Ottawa (ON) K1V 8X7  
Tél. : 613-526-4661; 1-800-321-9821  
Télec. : 613-526-1023

Août 2012

## Résumé

L'Accord sur les soins de santé prendra fin en 2014 et bon nombre des buts de l'accord sont loin d'être atteints. Afin de protéger et d'améliorer le système public de soins de santé, il faut innover et trouver des fonds pour assurer un meilleur rapport coût-efficacité. L'économie du Canada est en train de se rétablir mais il est nécessaire de maintenir l'accent sur de bons emplois et sur une main d'œuvre flexible et qualifiée. Au Canada, environ un travailleur sur dix occupe un emploi dans le secteur des soins de santé et le besoin de services de santé continue de s'accroître. Les recommandations de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers mettent l'accent sur l'enseignement et la formation axée sur les compétences dans cet important secteur de l'économie de même que sur la mise en œuvre d'un programme relatif aux produits pharmaceutiques qui permettra de réaliser des économies dont profiteront les Canadiens, les entreprises et les fournisseurs de soins de santé publique.

- 1) Créer un fonds innovation à l'intention des travailleuses et travailleurs de la santé pour la réalisation de projets et de programmes qui mettent à l'essai, évaluent et reproduisent de nouveaux modèles de prestation de soins. (30 millions de dollars pendant trois ans)
- 2) Étendre les initiatives actuelles dans le domaine de l'enseignement et de la formation axées sur le secteur des soins de santé, notamment l'utilisation du programme d'AE pour la mobilité verticale et le programme fédéral de radiation des dettes d'études pour les médecins et les infirmières et infirmiers. (200 millions pendant trois ans)
- 3) Prendre part à un programme de partage des coûts avec les provinces et les territoires en vue de la création d'un programme national relatif aux produits pharmaceutiques. (des économies pouvant atteindre 10,7 milliards de dollars par an)

## Introduction

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) remercie le Comité permanent des finances de la Chambre des communes de l'occasion qui lui est offerte de faire connaître ses vues. Nos recommandations sont axées sur le double objectif de la reprise économique et du renouvellement des soins de santé. Si elles sont mises en œuvre, nos recommandations aideront au développement d'une main d'œuvre qualifiée qui répond aux besoins actuels et nouveaux en soins de santé, en plus de contribuer à contenir les coûts des soins de santé tout en améliorant la qualité et l'accès – un élément clé d'un nouvel accord sur les soins de santé.

Malgré les réinvestissements dans les soins de santé effectués au cours des dix dernières années, le nombre d'infirmières/infirmiers par rapport à la population canadienne n'est toujours pas revenu au même niveau qu'au début des années 1990<sup>1</sup>. Par contre, le nombre de médecins par rapport à la taille de la population atteint maintenant un niveau sans précédent<sup>2</sup>. Seulement pour la main d'œuvre dans le secteur des soins infirmiers, le Canada manque actuellement de 11 000 ETP (équivalent temps plein), soit environ 16 500 infirmières/infirmiers autorisés. Sans une intervention immédiate, cette pénurie de main d'œuvre atteindra 60 000 ETP, soit environ 90 000 infirmières/infirmiers autorisés, d'ici 2022<sup>3</sup>.

Le coût de cette pénurie uniquement en termes de surtemps payé s'élève à 660,3 millions de dollars annuellement. Les infirmières/infirmiers du secteur public ont travaillé un nombre d'heures équivalent à 11 400 postes à temps plein en surtemps payé et non payé en 2010<sup>4</sup>. Dans le secteur hospitalier, chaque année, une infirmière sur cinq quitte son emploi, ce qui entraîne un coût de transition minimum de 25 000 dollars par infirmière/infirmier<sup>5</sup>. Le roulement a aussi un impact négatif sur les soins aux malades – pour chaque augmentation de 10 % du taux de roulement, le risque d'erreurs médicales s'accroît de 38 %<sup>6</sup>.

D'après les données recueillies au Canada et à l'étranger, lorsqu'on change la culture dans les milieux de travail, le taux de roulement peut diminuer, la conservation du personnel et le recrutement peuvent augmenter, la qualité des soins peut s'améliorer et des économies peuvent être réalisées.

Le budget de 2011 mettait l'accent sur l'innovation, l'enseignement et la formation en tant que moteurs clés de la reprise économique. Nos deux premières recommandations prennent appui sur cette trajectoire en axant ces programmes sur les travailleurs de la santé.

***Recommandation 1 – Financer des projets innovateurs qui transforment les milieux de travail dans le secteur de la santé de façon à en avoir plus pour l'argent investi. Ce fonds devrait être accessible aux partenariats réunissant des autorités du secteur de la santé, aux syndicats des travailleurs de la santé de même qu'aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Ce fonds devrait être de même envergure que le fonds du projet pilote des garanties de délai d'attente pour les patients annoncé en 2007, soit 30 millions de dollars sur trois ans.***

Il est possible de réorganiser le système public de soins de santé du Canada de manière à offrir un meilleur service aux Canadiens et ce, à moindre coût. Il n'y a pas de meilleur endroit pour effectuer cette transformation qu'au sein de chaque établissement de santé, de bas en haut. Il faut du temps et de la volonté pour transformer le système de soins de santé, soit abandonner l'approche cloisonnée pour passer à un système dans lequel les fournisseurs de soins de santé travaillent ensemble pour dispenser des services sûrs, efficaces, axés sur la qualité et centrés sur la clientèle. Un fonds innovation pour transformer les milieux de travail dans le secteur de la santé en vue d'assurer la fourniture de soins de santé de meilleure qualité tout en réduisant les coûts aidera à donner l'impulsion voulue pour réaliser la transformation nécessaire de la culture dans les milieux de la santé et permettra de partager et de faire connaître les leçons apprises par le truchement du transfert des connaissances.

Ces projets devraient porter sur :

- Le renforcement des capacités dans les régions rurales et éloignées et le secteur communautaire desservant des populations vulnérables;
- La sécurité/la pratique centrée sur la clientèle;
- Un changement de culture positif au sein des organisations;
- L'exploration d'approches inter ou multi-juridictionnelles;
- La pratique inter-professionnelle et des modèles de soins efficaces;
- Le mentorat;
- Le perfectionnement professionnel en cours d'emploi.

Les recherches démontrent que le fait d'encourager un changement de culture dans les milieux de travail du secteur de la santé se traduit par une amélioration du taux de conservation des effectifs, du recrutement et des résultats pour le patient<sup>7</sup>. Si l'on ne change pas les milieux de travail dans le secteur de la santé, l'augmentation des effectifs se compare à ajouter de l'eau dans un seau percé. L'innovation dans le milieu de travail permet de boucher le trou grâce à la diminution du temps supplémentaire, de l'absentéisme, du roulement de personnel, de la fatigue chez les infirmières/infirmiers et à une augmentation de la productivité.

Par exemple,

- ▶ l'amélioration des conditions de travail et des possibilités de perfectionnement professionnel et de recyclage professionnel devraient convaincre au moins la moitié des infirmières/infirmiers qui envisagent de prendre leur retraite de prolonger leur carrière<sup>8</sup>;
- ▶ la diminution de l'absentéisme chez les infirmières/infirmiers, qui passerait de 14 jours/an actuellement à sept jours/an, équivaldrait à une augmentation de la main d'œuvre correspondant à l'entrée en fonction de 7 000 nouveaux ETP infirmières/infirmiers en trois ans<sup>9</sup>;
- ▶ il est possible de réduire le taux de roulement de plus de moitié au moyen du renforcement du leadership et de l'habilitation des infirmières/infirmiers<sup>10</sup>.

Dernièrement, le gouvernement fédéral a investi dans des projets pilotes visant à aider les syndicats et les associations professionnelles à mettre en place des partenariats avec les employeurs dans le but d'améliorer les milieux de travail. Par exemple, notre organisation, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, a reçu une aide financière de Santé Canada pour des projets pilotes dans 10 territoires de compétence pour la concrétisation de résultats de recherches ayant trait à la transformation des milieux de travail dans le secteur de la santé. Le projet *De la recherche à l'action*, qui a été complété en 2011, a donné de bons résultats – une diminution de 10 % du taux de roulement, du surtemps et de l'absentéisme et une augmentation de 147 % du nombre d'infirmières/infirmiers faisant état d'un niveau élevé de leadership et de soutien. Comme l'a indiqué une infirmière participante : [traduction] « Je me sentais constamment dépassée et j'envisageais de quitter le service de soins intensifs avant ce cours. Maintenant, je me réveille avec l'envie d'aller travailler. J'ai l'impression de donner de biens meilleurs soins à mes patients. »

Le projet Educator Pathway est un autre exemple; il s'agit d'un partenariat entre la Vancouver Coastal Authority, la Nurses' Bargaining Association (BC), la Fraser Health Authority, l'Université de la Colombie-Britannique et l'Université de Victoria<sup>11</sup>. Le projet a été financé par le truchement de l'Initiative en matière de compétences en milieu de travail, RHDC, avec l'appui du ministère de l'Enseignement supérieur et du Développement du marché du travail de la Colombie-Britannique. Le projet Educator Pathway a aidé au développement des compétences des infirmières/infirmiers enseignants et à l'augmentation de la mobilité des infirmières/infirmiers enseignants entre les milieux d'enseignement et les milieux cliniques de manière à assurer une meilleure intégration du programme d'études en sciences infirmières et de l'enseignement pratique en clinique. Plus d'un millier d'infirmières/infirmiers ont participé au projet, acquérant les connaissances et les compétences nécessaires pour soutenir efficacement les nouveaux infirmières/infirmiers avant et après l'obtention du permis d'exercer. La majorité des participants ont dit avoir davantage l'intention de continuer à travailler pour l'autorité de la santé et les gestionnaires ont fait état de répercussions notables dans leurs unités ou leurs domaines d'exercice. En améliorant ainsi la capacité et le leadership, on réduit les taux de roulement et l'on encourage des milieux de travail sains, au profit des patients, des infirmières /infirmiers de même que des employeurs.

Un fonds innovation pour des projets pilotes en santé permettrait a) de tirer partie de l'impulsion donnée par ces initiatives; b) d'économiser de l'argent actuellement dépensé en raison du surtemps, de l'absentéisme et du roulement des effectifs; et c) de soutenir les gouvernements provinciaux et territoriaux et les employeurs pour la création et la promotion d'un changement de culture dans les milieux de travail de manière à améliorer les résultats pour les patients.

***Recommandation 2 – Affecter 200 millions de dollars au cours des trois prochaines années à des programmes ciblés d’enseignement et de formation axée sur les compétences à l’intention des travailleurs de la santé.***

Dans le budget de 2011, le gouvernement proposait de lutter contre la pénurie de spécialistes des soins de santé en dispensant du remboursement d’une partie du prêt d’études canadien les nouveaux médecins de famille, les infirmières/infirmiers praticiens et les infirmières/infirmiers qui exercent leur profession dans des collectivités rurales ou éloignées mal desservies. Cette initiative est la bienvenue mais elle est insuffisante. Nous encourageons le gouvernement fédéral à étendre ce programme aux travailleurs de la santé qui retournent aux études pour se perfectionner. Par exemple, un fournisseur de soins personnels désireux d’accroître ses compétences et de devenir infirmier auxiliaire autorisé, ou une infirmière auxiliaire autorisée désireuse de devenir infirmière autorisée, ou une infirmière autorisée désireuse de devenir infirmière praticienne pourraient tous profiter de ce programme, du fait que les coûts financiers constituent souvent un obstacle au perfectionnement des compétences. Les recherches en sciences infirmières ont permis de constater qu’une riche combinaison de compétences est associée à une amélioration des résultats pour les patients et à une diminution des coûts<sup>12</sup>.

Le manque d’enseignants nuit à l’augmentation du nombre de places dans les écoles de sciences infirmières. Les étudiants diplômés en sciences infirmières et en médecine devraient être admissibles au programme de prêt d’études canadien et les diplômés qui occupent des postes dans l’enseignement devraient être admissibles au programme de radiation de dette au titre de prêt d’études.

Par le truchement du Plan d’action économique, des ententes relatives au marché du travail, des accords de développement et du programme d’assurance-emploi, de grands efforts ont été déployés pour trouver de meilleures façons d’aider les gens à trouver et à conserver un emploi, devenant ainsi des membres productifs de la population active. Dans le cadre du programme actuel à l’intention des apprentis dans le secteur des métiers, ceux-ci sont rémunérés par leur employeur pendant les périodes d’apprentissage pratique. Pendant les périodes d’enseignement en classe au cours de leur formation, les apprentis sont admissibles aux prestations régulières en vertu de la Partie I de la *Loi sur l’assurance-emploi*. Compte tenu des priorités régionales et locales de la province ou du territoire, l’apprenti peut recevoir un soutien en vertu de la Partie II de la *Loi sur l’assurance-emploi* pour couvrir les dépenses liées à la formation en classe.

Une approche en trois volets similaire utilisant la formation par modules et la délivrance de titres et de certificats de façon échelonnée donnerait aux étudiants en soins de santé la possibilité d’obtenir leur diplôme tout en faisant partie de la population active à diverses étapes de la formation. Cette façon de faire serait particulièrement utile pour faire participer les Canadiens autochtones et les travailleurs de la santé formés à l’étranger aux programmes d’amélioration des compétences<sup>13</sup>.

Nous recommandons que des programmes destinés aux travailleurs de la santé soient expressément élaborés dans le cadre de ces programmes, y compris des cibles. Ce programme pilote se traduira par une augmentation du nombre de travailleurs de la santé qualifiés, soulageant ainsi la pénurie dans le système public.

***Recommandation 3- S’engager à partager les coûts avec les provinces et les territoires pour la fourniture d’un régime d’assurance public couvrant les médicaments essentiels.***

Le Canada se classe à l'avant-dernier rang parmi les pays de l'OCDE au chapitre de la fourniture d'un régime public d'assurance-médicaments<sup>14</sup>. Notre dépendance à l'assurance privée pour les médicaments est une solution coûteuse qui ne fonctionne que pour environ la moitié de la population. Les primes pour l'assurance-médicaments privée ont grimpé de 15 % par an entre 2003 et 2005 tandis que le prix des médicaments a augmenté de 8 %<sup>15</sup>. De plus, les régimes privés paient plus cher pour les médicaments que les régimes publics parce qu'ils n'ont pas le même pouvoir de négociation. Étant donné la myriade de régimes privés et publics, les Canadiens paient 30 % de plus que la moyenne des pays de l'OCDE pour les médicaments essentiels<sup>16</sup>.

Les médicaments constituent la part des dépenses en santé qui augmente le plus rapidement. Comme le montre le rapport du directeur parlementaire du budget de 2010, si les prix des médicaments ne sont pas contrôlés, ceux-ci continueront d'augmenter au détriment de la santé et des finances des Canadiens.

### **Dépenses projetées en santé des gouvernements des provinces et des territoires (en pourcentage du PIB)<sup>17</sup>**

Hôpitaux	Autre
Autres institutions	
Les médecins et autres professionnels	Médicaments

Ces résultats sont loin d'être déterminés. Un chercheur de l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques a modélisé les économies pouvant être réalisées grâce à la mise en place d'un régime public d'assurance-médicaments et à la suite de changements au niveau des processus d'établissement des prix des médicaments<sup>18</sup>. Par exemple, si le Canada prenait comme modèle le programme d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Zélande, où l'on utilise systématiquement les appels d'offres et l'établissement de prix de référence, notre pays pourrait économiser 10,2 milliards de dollars chaque année par rapport aux dépenses actuelles pour l'achat de médicaments. Compte tenu des économies réalisées grâce à l'élimination des frais d'ordonnance, à la réduction des frais d'administration et à l'abolition des subventions à caractère fiscal liées aux régimes privés, les économies totales pourraient atteindre 10,7 milliards de dollars annuellement. Il est important de noter que cela ne nécessiterait aucune augmentation de taxes.

Dès 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé avait recommandé la mise en place d'un régime universel d'assurance-médicaments pour tous les Canadiens. En 1997, les participants au Forum national sur la santé ont recommandé la couverture universelle des médicaments et, en 2002, la Commission Romanow a recommandé dans un premier temps, compte tenu de l'impact catastrophique du coût des médicaments, la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments.

En 2004, les premiers ministres des provinces ont convenu que les Canadiens ne devraient pas avoir à supporter un fardeau financier excessif pour obtenir une pharmacothérapie nécessaire, faisant remarquer que le gouvernement fédéral s'était engagé officiellement à l'égard de cette priorité. Les premiers ministres se sont entendus pour dire qu'un programme national

d'assurance-médicaments devrait être mis sur pied immédiatement et que le gouvernement fédéral devrait assumer la pleine responsabilité financière d'un régime d'assurance-médicaments général pour tous les Canadiens et qu'il devrait rendre des comptes sur les résultats<sup>19</sup>.

En septembre 2004, le gouvernement fédéral a convenu de collaborer avec les provinces et les territoires pour élaborer et mettre en œuvre la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et de faire rapport sur les progrès réalisés avant le 30 juin 2006 dans le cadre du plan décennal pour consolider les soins de santé. En 2008, soit quatre ans après cette annonce, les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux ont annoncé publiquement qu'ils ne pouvaient passer à l'action dans plusieurs des secteurs d'action clés de la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques à moins que le gouvernement fédéral ne prenne les devants et partage les coûts<sup>20</sup>.

En 2010, les premiers ministres ont convenu de travailler au contrôle des prix des médicaments en mettant sur pied une alliance pancanadienne pour l'achat de médicaments. Il s'agit là d'une étape importante mais il faut que le gouvernement fédéral passe à l'action sur d'autres plans pour faire en sorte qu'aucun Canadien ne subisse un fardeau financier excessif à cause du prix des médicaments. Nous sommes à l'aube de 2012 et les Canadiens attendent encore un régime national d'assurance-médicaments qui donne accès aux médicaments d'ordonnance au moyen d'une couverture à partir du premier dollar, assure un contrôle des prix des médicaments grâce à une liste nationale commune des médicaments admissibles et à l'achat en quantité, et renforce l'innocuité et l'efficacité des médicaments.

Un régime national d'assurance-médicaments est un programme de dépenses qui s'autofinance. Nous demandons instamment au gouvernement fédéral de conclure un accord de partage des coûts avec les provinces et les territoires dans le cadre d'un programme national général d'assurance-médicaments.

---

#### Bibliographie

<sup>1</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2010), *Infirmières réglementées : tendances canadiennes 2005 à 2009*, Ottawa : Auteur.

<sup>2</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2010), « L'effectif de la main d'œuvre des infirmières a augmenté de 9 % en cinq ans au Canada », communiqué, 9 décembre 2010.

<sup>3</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009), *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*, Ottawa : Auteur.

<sup>4</sup> Infometrica (2011), *Tendances : absentéisme en raison de maladie ou incapacité personnelle, et heures supplémentaires chez le personnel infirmier autorisé du secteur public* (2011), Ottawa : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers.

<sup>5</sup> O'Brien-Pallas, L., Murphy, G.T. et Shamian J. (2010), « Comprendre les coûts et les résultats du roulement du personnel infirmier dans les hôpitaux canadiens », *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, voir : [http://www.hhrchair.ca/images/CMSImages/TOS\\_Final%Report.pdf](http://www.hhrchair.ca/images/CMSImages/TOS_Final%Report.pdf)

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> Voir des exemples dans : Rapport sur la santé dans le monde 2006, rapports Romanow et Kirby 2002, Étude sectorielle sur les soins infirmiers 2006, rapports du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers 2002, rapport de la FCRSS de 2001 et la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité.

<sup>8</sup> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2006), *Patients Matter: the roots of a health care problem and how to alleviate it*.

<sup>9</sup> *Ibid.*

<sup>10</sup> Thomas Group, Nursing Retention, voir : <http://www.thomasgroup.com/eLibrary/Industry-Insights/Healthcare-and-Life-Sciences/Nursing-Retention.aspx>.



---

<sup>11</sup> Educator Pathway Project (mars 2010), *Preparing a nursing workforce to advance health services: A 3-year pilot project to build nursing educator capacity in the health authorities*, (rapport final), Vancouver (C.-B.) : Auteur.

<sup>12</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009), *La valeur des infirmières*, fiche d'information, Ottawa : Auteur; et Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004), *La composition du personnel infirmier : Une recherche documentaire*, Ottawa : Auteur.

<sup>13</sup> Conseil canadien de la santé (2005), Rapport sommaire de réunion sur les ressources humaines en santé.

<sup>14</sup> OCDE (2008), *Rapport sur le programme PPP Eurostat-OCDE, 2007*.

<sup>15</sup> Gagnon, Marc-André (2010), *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments*, Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

<sup>16</sup> OCDE (2008), *Rapport sur le programme PPP Eurostat-OCDE, 2007*.

<sup>17</sup> Institut canadien d'information sur la santé; Bureau du directeur parlementaire du budget; Statistique Canada (2010), Directeur parlementaire du budget, *Rapport sur la viabilité financière*, février 2010, p. xx, Voir : [www2.parl.gc.ca/Sites/PBO-DPB/documents/FSR\\_2010.pdf](http://www2.parl.gc.ca/Sites/PBO-DPB/documents/FSR_2010.pdf).

<sup>18</sup> Gagnon, Marc-André (2010), *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments*, Centre canadien de politiques alternatives.

<sup>19</sup> Conseil de la fédération (30 juillet 2004), « Plan d'action des premiers ministres pour améliorer les soins de santé : résoudre les problèmes dans l'esprit du fédéralisme véritable », communiqué, Voir : <http://www.conseildelafederation.ca/pdfsfrançais/HealthFr.pdf>.

<sup>20</sup> Conseil canadien de la santé (2009), « Le Conseil canadien de la santé demande qu'on reprenne l'implantation de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques », communiqué, 29 janvier 2009, Voir : [http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/PR/2009/HCC\\_NPS\\_PR\\_January%2029%202009FR.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/PR/2009/HCC_NPS_PR_January%2029%202009FR.pdf).